Composante du produit no 82-003-X au catalogue de Statistique Canada
Rapports sur la santé

Article

Obstacles perçus à l'obtention de soins primaires chez les Canadiens de l'Ouest atteints de maladies chroniques

par Paul E. Ronksley, Claudia Sanmartin, David J.T. Campbell, Robert G. Weaver, G. Michael Allan, Kerry A. McBrien, Marcello Tonelli, Braden J. Manns, Deirdre Hennessy et Brenda R. Hemmelgarn

Avril 2014

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros sans frais suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-877-287-4369

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

Comment accéder à ce produit

Le produit nº 82-003-X au catalogue est disponible gratuitement sous format électronique. Pour obtenir un exemplaire, il suffit de visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca et de parcourir par « Ressource clé » > « Publications ».

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « À propos de nous » > « Notre organisme » > « Offrir des services aux Canadiens ».

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2014

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada (http://www.statcan.gc.ca/reference/licence-fra.htm).

This publication is also available in English.

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, ses entreprises, ses administrations et les autres établissements. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0[s]	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
p	provisoire
r	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
E	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

Obstacles perçus à l'obtention de soins primaires chez les Canadiens de l'Ouest atteints de maladies chroniques

par Paul E. Ronksley, Claudia Sanmartin, David J.T. Campbell, Robert G. Weaver, G. Michael Allan, Kerry A. McBrien, Marcello Tonelli, Braden J. Manns, Deirdre Hennessy et Brenda R. Hemmelgarn

Résumé

Contexte
La présente analyse est axée sur les obstacles à l'obtention de soins de santé pour le traitement de maladies chroniques auprès d'un médecin de premiers recours.

Données et méthodes
Une enquête représentative de la population a été réalisée auprès des adultes du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique atteints d'hypertension, de diabète ou d'une maladie cardiaque ou ayant fait un accident vasculaire cérébral (n = 1 849). On a décelé des associations entre les facteurs sociodémographiques et les obstacles à l'obtention de soins primaires.

Résultats
La plupart des personnes atteintes d'une maladie chronique avaient eu besoin des services d'un médecin de premiers recours l'année qui a précédé l'enquête et n'avaient eu aucune difficulté à les obtenir; environ 10 % d'entre elles ont fait état d'un obstacle. Mentionnés le plus fréquemment par les diabétiques (16 %), les obstacles avaient trait à la phase initiale d'obtention des soins ou à la trop longue attente en vue de les obtenir.

Interprétation
Une petite proportion d'adultes atteints de maladies chroniques fait état d'obstacles à l'obtention de soins auprès d'un médecin de premiers recours.

Mots-clés
Accessibilité des services de santé, besoins et demande de services de santé.

Auteurs
Paul E. Ronksley fait partie de l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa, Ottawa (Ontario). Claudia Sanmartin (1-613-951-6059; claudia.sanmartin@statcan.gc.ca) et Deirdre Hennessy font partie de la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0T6. David J.T. Campbell, Robert G. Weaver, Kerry A. McBrien, Braden J. Manns et Brenda R. Hemmelgarn font partie de l'Université de Calgary, Calgary (Alberta). G. Michael Allan et Marcello Tonelli font partie de l'Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta).

Environ le tiers des Canadiens sont atteints de maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension et la maladie cardiaque. La prestation de soins à ces personnes est devenue un important domaine d'intérêt de la recherche sur les services de santé et des politiques de santé publique[1-3], et les coûts directs de la prise en charge de ces problèmes de santé dépassent 40 milliards de dollars par année[4-8]. Malgré cela, certains Canadiens atteints de maladies chroniques ne reçoivent pas les soins dont ils ont besoin[9-14].

Selon des études antérieures, environ un adulte sur sept présentant une maladie chronique fait état d'un besoin de soins de santé non satisfait — un indicateur courant des problèmes d'accès aux services[15-21]. On ne possède à l'heure actuelle que peu de renseignements sur la nature de ces besoins non satisfaits, en particulier la question de savoir s'ils concernent spécifiquement les soins pour maladies chroniques ou s'ils sont liés à l'accès aux médecins de premiers recours. Comme bon nombre de maladies chroniques sont traitées en grande partie dans un contexte ambulatoire, il est important de cerner les obstacles perçus à l'obtention de soins primaires afin de déterminer auxquels de ces obstacles on pourrait remédier.

À l'aide des résultats d'une enquête sur la population menée dans les quatre provinces de l'Ouest, la présente analyse examine la prévalence des obstacles à l'obtention de soins auprès de médecins de premiers recours et d'autres services de soins de santé chez les adultes de 40 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète, de maladie cardiaque, d'hypertension et(ou) d'accident vasculaire cérébral. Les facteurs sociodémographiques associés aux obstacles à l'obtention de soins sont également étudiés.

Données et méthodes

Sources des données

Les données proviennent de l'enquête Entraves aux soins destinés aux personnes ayant des maladies chroniques (ESPPSC), menée par Statistique Canada et conçue par l'équipe de l'Interdisciplinary Chronic Disease Collaboration (www.ICDC.ca)[22,23]. Les personnes de 40 ans et plus résidant dans les quatre provinces de l'Ouest (Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique) qui ont répondu à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2011 et ont déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète, de maladie cardiaque, d'hypertension et (ou) d'accident vasculaire cérébral satisfaisaient aux conditions requises pour être incluses dans l'enquête. Les membres des Forces canadiennes, les membres des Premières nations vivant dans les réserves et les résidents d'établissements ne font pas partie du champ d'observation de l'ESCC et, donc, ne pouvaient pas être inclus dans l'ESPPSC. Statistique Canada a effectué les interviews téléphoniques assistées par ordinateur en 2012. Des 2 316 personnes sélectionnées pour participer à l'ESPPSC, 1 849 (80 %) ont répondu au questionnaire. Avec leur permission, leurs réponses ont été appariées aux données de l'ESCC de 2011 les concernant, ce qui a fourni des renseignements démographiques et sur la santé détaillés.

Tableau explicatif 1
Obstacles perçus par les participants à l'enquête ayant tenté d'avoir accès à des soins primaires

Phase initiale d'obtention des soins
Difficulté à obtenir un rendez-vous
Difficulté à entrer en contact avec un médecin
Attente trop longue pour obtenir les soins
Pour obtenir un rendez-vous
Attente trop longue dans le cabinet
Pour voir un médecin
Autre
Pas de médecin personnel/de famille
Service non disponible dans la région
Service non disponible lorsque requis
Coût
Problème de transport
Problème de langue
Ne savait pas où aller
Incapable de quitter son domicile à cause d'un problème de santé

Tableau explicatif 2
Raisons du besoin non satisfait de soins pour une maladie chronique

Système (disponibilité)
Non disponibles lorsque requis (par exemple, médecin en vacances, heures ne convenant pas)
Non disponibles dans la région
Temps d'attente trop long
Patient (accessibilité, acceptabilité, choix personnel)
Trop occupé(e)
Estimait qu'ils seraient inadéquats
Coût
Ne s'en est pas occupé(e) / indifférent(e)
A décidé de ne pas se faire soigner
Pas nécessaire selon le médecin
Problème de langue
Responsabilités personnelles ou familiales
Aversion pour les médecins / peur
Autre

Variables

On a demandé aux participants à l'enquête si, durant les 12 mois précédents, ils avaient eu besoin des services d'un médecin de famille ou d'un généraliste pour leur(s) maladie(s) chronique(s). À ceux qui ont répondu par l'affirmative, on a demandé s'ils avaient eu des difficultés à obtenir ces services et, le cas échéant, quel genre de difficultés ils avaient rencontrées. Les difficultés ont été classées en quatre catégories : phase initiale d'obtention des soins (prise de contact avec un médecin/obtention d'un rendez-vous); attente pour l'obtention d'un rendez-vous; attente dans le cabinet du médecin; et autres obstacles (voir le tableau explicatif 1).

On a également demandé aux participants à l'enquête si, au cours des 12 mois précédents, il leur était arrivé d'avoir besoin de soins pour leur(s) maladie(s) chronique(s), mais ne pas les avoir reçus. À ceux qui ont déclaré un besoin non satisfait de soins pour une maladie chronique en général (qui pourrait inclure des services en dehors du cabinet d'un médecin de famille, tels que les soins d'un spécialiste), on a demandé pourquoi ils n'avaient pas reçu les soins. Les réponses ont été classées en deux catégories d'obstacles : au niveau du système de santé (disponibilité des ressources) ou au niveau du patient (accessibilité, acceptabilité, ou choix personnel)[17] (voir le tableau explicatif 2). Aux personnes qui ont déclaré un besoin non satisfait de soins pour une maladie chronique, on a demandé où elles s'étaient adressées pour obtenir les soins (cabinet d'un médecin par opposition à un établissement, tel qu'un hôpital, un service de consultations externes ou un service d'urgence), et si elles estimaient que leur état de santé s'était empiré parce que ce besoin n'avait pas été satisfait. Même si la présente analyse est surtout axée sur les obstacles à l'obtention de soins primaires, les données sur les obstacles à l'obtention de soins en général fournissent des renseignements additionnels sur les endroits où les personnes atteintes de maladies chroniques cherchent à obtenir des soins et les obstacles qu'elles doivent surmonter.

Les variables sociodémographiques et de comportement influant sur la santé incluses dans la présente étude ont été choisies en se basant sur le Health Behavior Model[24], un cadre des déterminants de l'utilisation des services de santé qui englobe les facteurs prédisposants, les facteurs propices, les facteurs liés aux besoins individuels de soins de santé, et les facteurs liés au système de soins de santé/à l'environnement. Les variables de la présente analyse sont l'âge, le sexe, l'état matrimonial, le niveau de scolarité, le revenu du ménage, l'origine ethnique, la province de résidence, la résidence en région rurale ou urbaine, le fait d'avoir un médecin de famille régulier, l'autoévaluation de l'état de santé et l'indice de masse corporelle (IMC). Les catégories d'IMC ont été calculées d'après le poids et la taille autodéclarés, en apportant une correction pour tenir compte de l'effet de l'autodéclaration[25].

Analyse

Les pourcentages de personnes ayant déclaré les variables clés ont été calculés, puis stratifiés selon le type (diabète par opposition à autre) et le nombre (une par opposition à deux ou plus) de maladies chroniques. Toutes les statistiques descriptives ont été pondérées afin qu'elles soient représentatives de la population de 40 ans et plus des

Tableau 1
Répartition en pourcentage de certaines caractéristiques sociodémographiques et de santé, selon le nombre de maladies chroniques, population à domicile de 40 ans et plus[1], Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique, 2012

	Nombre de maladies chroniques								
	Total (n = 1 849)			Une (n = 1 184)			Deux ou plus (n = 665)		
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristiques	%	de	à	%	de	à	%	de	à
Sexe									
Hommes	49,9	46,0	53,8	47,9	43,1	52,7	54,2	48,0	60,4
Femmes	50,1	46,2	54,0	52,1	47,3	56,9	45,8	39,6	52,0
Groupe d'âge (ans)									
40 à 64 ans	43,8	45,7	52,1	54,4	50,3	58,5	37,2	31,1	43,4
65 à 74 ans	26,9	23,9	29,8	25,4	21,7	29,0	30,0	24,7	35,4
75 ans et plus	24,3	21,5	27,0	20,2	16,9	23,6	32,7	27,0	38,4
Lieu de résidence									
Région urbaine	82,5	79,5	85,4	82,9	79,1	86,6	81,7	77,5	85,9
Région rurale	17,5	14,6	20,5	17,1	13,4	20,9	18,3	14,1	22,5
Revenu du ménage									
Moins de 30 000 $	21,8	18,9	24,7	18,5	15,2	21,8	28,6	23,1	34,1
De 30 000 $ à 54 999 $	27,4	24,3	30,4	23,8	20,2	27,3	34,9	29,5	40,4
De 55 000 $ à 94 999 $	24,9	21,5	28,4	27,0	22,4	31,6	20,6	15,7	25,4
95 000 $ et plus	26,0	22,3	29,6	30,7	25,8	35,6	15,9	11,4	20,4
État matrimonial									
Marié(e) / union de fait	66,9	63,2	70,6	69,2	64,7	73,7	62,2	56,6	67,8
Veuf ou veuve / séparé(e) / divorcé(e) / jamais marié(e)	33,1	29,4	36,8	30,8	26,3	35,3	37,8	32,2	43,4
Scolarité									
Pas de diplôme d'études secondaires	21,3	18,6	24,1	18,7	15,5	21,9	26,8	21,6	32,0
Diplôme d'études secondaires / études postsecondaires partielles	22,0	18,9	25,1	22,3	18,3	26,2	21,5	16,2	26,8
Diplôme d'études postsecondaires (de niveau inférieur au baccalauréat)	37,7	33,9	41,5	37,1	32,2	42,0	38,8	33,0	44,6
Baccalauréat ou diplôme de niveau supérieur	19,0	15,6	22,4	21,9	17,3	26,5	12,9	9,1	16,7
Catégorie d'indice de masse corporelle (kg/m²) (corrigé pour le biais d'autodéclaration[25])									
Poids normal / poids insuffisant (moins de 25 kg/m²)	23,3	19,8	26,7	24,7	20,3	29,2	20,0	14,7	25,4
Embonpoint (25 à 29,9 kg/m²)	36,7	32,5	40,8	38,0	32,9	43,2	33,7	27,6	29,9
Obèse (30 kg/m² et plus)	40,1	36,2	44,0	37,2	32,2	42,3	46,2	40,1	52,3
Province de résidence									
Colombie-Britannique	44,5	41,3	47,7	43,8	39,2	48,4	46,0	40,7	51,3
Alberta	31,7	28,8	34,6	33,9	29,8	37,9	27,0	22,5	31,6
Saskatchewan	10,8	9,4	12,1	9,7	8,0	11,5	13,0	9,7	16,2
Manitoba	13,0	11,1	15,0	12,6	9,9	15,4	14,0	10,1	17,9
Groupe ethnique									
Blanc	86,7	83,5	89,9	87,3	83,2	91,4	85,4	80,6	90,1
Autochtone	4,2	2,9	5,5	3,3	1,8	4,9	6,0	3,3	8,7
Autre	9,1	6,0	12,2	9,4	5,3	13,4	8,7	4,6	12,7
Autoévaluation de la santé									
Excellente / très bonne	36,8	33,0	40,6	43,8	38,7	48,9	22,1	17,1	27,1
Bonne	40,2	36,1	44,2	41,1	35,7	46,4	38,3	32,1	44,5
Passable / mauvaise	23,0	20,1	25,9	15,1	12,0	18,3	39,6	33,5	45,6
A un médecin de famille régulier									
Oui	95,1	93,2	97,1	94,2	91,4	96,9	97,2	95,2	99,2
Non	4,9	2,9	6,8	5,8	3,1	8,6	2,8	0,8	4,8
Type de maladie chronique									
Hypertension	82,1	79,3	84,8	63,5	60,0	67,0	36,5	33,0	40,0
Diabète	26,3	23,7	28,9	33,4	27,0	39,7	66,6	60,3	73,0
Maladie cardiaque	21,5	18,7	24,3	29,6	23,0	36,2	70,4	63,8	77,0
Accident vasculaire cérébral	8,0	6,4	9,6	9,0	3,0	15,1	91,0	84,9	97,0

[1] ayant déclaré un diagnostic de diabète, de maladie cardiaque, d'hypertension et(ou) d'accident vasculaire cérébral
Source : Enquête Entraves aux soins destinés aux personnes ayant des maladies chroniques, 2012.

quatre provinces de l'Ouest qui présentait les maladies chroniques étudiées. Pour calculer ces poids fréquentiels, Statistique Canada s'est basé sur les poids de sondage de l'ESCC de 2011 et les a corrigés pour la non-réponse selon la province, la maladie chronique et le groupe d'âge afin qu'ils soient représentatifs de la population cible. Les erreurs types et les intervalles de confiance (IC) autour des estimations ont été calculés par des techniques *bootstrap* en se servant de 500 répliques. Les coefficients de variation (CV) ont été calculés pour déterminer la fiabilité des pourcentages publiés. Conformément aux lignes directrices de Statistique Canada, toutes les estimations dont le CV était supérieur à 33,3 % ont été considérées comme non fiables et n'ont pas été publiées[26]. On a fait appel à la régression log-binomiale pour déterminer les associations entre les facteurs sociodémographiques/au niveau du patient et les difficultés à obtenir les soins primaires. Les ratios de taux de prévalence (RTP) non ajustés et ajustés selon l'âge ont été calculés pour chaque covariable. Pour toutes les statistiques de test, $p < 0,05$ a été choisi comme seuil de signification. Toutes les analyses ont été effectuées au Prairie Regional Data Centre à Calgary, en Alberta, en utilisant le logiciel STATA 11.0 (Statacorp, College Station, Texas). L'étude a été approuvée par le Conjoint Health Research Ethics Board de l'Université de Calgary et par le Health Research Ethics Board de l'Université de l'Alberta.

Résultats

Population étudiée

Environ la moitié (51 %) des 1 849 personnes qui ont répondu au questionnaire de l'enquête avaient 65 ans et plus (tableau 1). Les participants étaient répartis de manière égale entre les hommes et les femmes. Presque tous (95 %) avaient un médecin de famille régulier. Les deux tiers ne présentaient qu'une seule maladie chronique; le tiers restant en présentait au moins deux. L'hypertension a été mentionnée par 82 % des participants; près des deux tiers de ce groupe n'étaient atteints d'aucun autre problème de santé examiné dans la présente analyse. Comparativement aux personnes qui ne présentaient qu'un seul problème de santé, celles en ayant plusieurs avaient tendance à être plus âgées, à être obèses, et à ne pas posséder de diplôme d'études secondaires. Alors que tous les participants à l'enquête présentaient au moins l'une des quatre maladies chroniques examinées dans la présente étude, 37 % ont déclaré que leur santé était excellente ou très bonne.

Besoin déclaré de soins primaires et obstacles à l'obtention de ces soins

Plus des trois quarts (78 %) des participants à l'enquête ont déclaré qu'en raison de leur(s) maladie(s) chronique(s), ils avaient eu besoin des services d'un médecin de premiers recours l'année précédente (tableau 2). La proportion était plus élevée chez ceux présentant plusieurs problèmes de santé et chez

Tableau 2
Prévalence des besoins déclarés de soins primaires d'un médecin pour la prise en charge de maladies chroniques et des obstacles déclarés à l'obtention de ces soins, selon le nombre et le type de maladies chroniques, population à domicile de 40 ans et plus†, Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique, 2012

				Nombre de maladies chroniques						Types de maladies chroniques					
	Total			Un			Deux ou plus			Diabète			Autres maladies chroniques		
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %	
	%	de	à	%	de	à	%	de	à	%	de	à	%	de	à
A eu besoin des soins d'un médecin de famille/généraliste pour une (des) maladie(s) chronique(s) l'année précédente	78,1	74,8	81,5	74,8	70,4	79,2	85,3	81,2	89,3	84,5	80,0	89,0	75,9	71,7	80,1
A eu de la difficulté à obtenir des soins primaires‡	9,5	6,7	12,3	10,6	6,7	14,6	7,3	4,2	10,4	15,8E	9,1	22,5	7,0E	4,3	9,7
Raison de la difficulté§															
Difficulté à entrer en contact avec un médecin / obtenir un rendez-vous	53,9	38,6	69,2	59,9	40,3	79,5	37,3E	17,8	56,8	34,7E	11,7	57,7	70,5	54,8	86,2
Attente trop longue pour obtenir un rendez-vous	38,2E	24,3	52,0	34,2E	17,5	50,9	49,1E	27,3	70,9	F	...	...	47,1E	28,4	65,8
Attente trop longue dans le cabinet du médecin	20,8E	10,2	31,4	F	...	...	39,1E	16,8	61,2	F	...	...	19,8E	7,3	32,4
Autre	31,9E	15,9	47,8	36,7E	15,8	57,7	F	...	...	F	...	...	27,1E	11,4	42,9

† ayant déclaré un diagnostic de diabète, de maladie cardiaque, d'hypertension et(ou) d'accident vasculaire cérébral
‡ participants à l'enquête qui ont eu besoin des soins d'un médecin de famille/généraliste pour une (des) maladie(s) chronique(s) au cours des 12 derniers mois
§ participants à l'enquête qui ont eu de la difficulté à obtenir les soins d'un médecin de famille/généraliste pour une (des) maladie(s) chronique(s)
E à interpréter avec prudence
F trop peu fiable pour être publié
... n'ayant pas lieu de figurer
Nota : Comme les participants à l'enquête pouvaient mentionner plus d'une raison de ne pas avoir obtenu les soins, la somme des pourcentages est supérieure à 100 %.
Source : Enquête Entraves aux soins destinés aux personnes ayant des maladies chroniques, 2012.

ceux atteints de diabète (85 % dans les deux cas) que chez les autres. Dans l'ensemble, 10 % des personnes qui avaient eu accès à des soins primaires ont déclaré avoir eu de la difficulté à les obtenir; pour les diabétiques, la proportion était plus élevée, soit 16 %.

Chez les 10 % de personnes qui ont dit avoir eu de la difficulté à obtenir des soins primaires, les obstacles mentionnés le plus fréquemment avaient trait à la phase initiale d'obtention des soins (54 %) et à l'attente pour obtenir un rendez-vous (38 %). Les obstacles reliés à la phase initiale d'obtention des soins étaient plus fréquents chez les personnes atteintes d'une seule maladie chronique (60 %), tandis que l'attente pour obtenir un rendez-vous était plus fréquente chez celles en présentant plusieurs (49 %).

Tableau 3
Ratios de taux de prévalence associés à certains facteurs sociodémographiques et liés à la santé chez les personnes ayant déclaré avoir eu des difficultés à obtenir des soins primaires, population à domicile de 40 ans et plus†, Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique, 2012

	Prévalence			Ratios de taux de prévalence (RTP)					
				Non ajustés			Ajustés selon l'âge		
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristiques	%	de	à		de	à		de	à
Âge (ans)									
Moins de 65 ans	14,3	9,1	19,6	2,9	1,7	5,0	...	...	...
65 ans et plus‡	5,0	3,0	6,9	...	...	...	...	...	...
Sexe									
Femmes‡	7,5	4,7	10,4	...	...	...	...	...	...
Hommes	11,4	6,7	16,1	1,5	0,9	2,6	1,4	0,8	2,4
Lieu de résidence									
Région urbaine‡	9,4	6,2	12,6	...	...	...	...	...	...
Région rurale	10,0	5,2	14,8	1,1	0,6	1,9	1,0	0,5	1,7
Revenu du ménage									
Moins de 30 000 $‡	8,1	3,7	12,4	...	...	...	...	...	...
30 000 $ et plus	9,9	6,5	13,2	1,2	0,6	2,4	0,9	0,5	1,7
État matrimonial									
Marié(e) / union de fait	10,7	6,8	14,7	1,5	0,9	2,6	1,3	0,8	2,3
Veuf ou veuve / séparé(e) / divorcé(e) / jamais marié(e)‡	7,0	4,3	9,7	...	...	...	...	...	...
Scolarité									
Pas de diplôme d'études secondaires‡	8,0	3,8	12,1	...	...	...	...	...	...
Diplôme d'études secondaires ou plus	9,9	6,6	13,2	1,2	0,7	2,4	0,9	0,5	1,7
Indice de masse corporelle (kg/m²) (corrigé)									
30 kg/m² et plus	7,2	4,4	10,0	0,6	0,4	1,2	0,6	0,3	1,0
Moins de 30 kg/m²‡	11,2	6,7	15,7	...	...	...	...	...	...
Province									
Alberta‡	7,4	3,2	11,7	...	...	...	...	...	...
Manitoba / Saskatchewan / Colombie-Britannique	10,4	6,8	14,0	1,4	0,7	2,9	1,5	0,7	3,0
Autoévaluation de la santé									
Excellente / très bonne‡	7,5	3,0	12,1	...	...	...	...	...	...
Bonne	9,7	4,7	14,7	1,3	0,5	3,1	1,3	0,6	3,1
Passable / mauvaise	12,3	7,5	17,1	1,6	0,8	3,5	1,7	0,8	3,6
Autoévaluation de la santé mentale									
Excellente / très bonne‡	8,6	5,3	11,8	...	...	...	...	...	...
Bonne / passable / mauvaise	10,7	5,7	15,8	1,3	0,7	2,3	1,3	0,7	2,3
Nombre de maladies chroniques									
Une‡	10,6	6,7	14,6	...	...	...	...	...	...
Deux ou plus	7,3	4,2	10,4	0,7	0,4	1,2	0,8	0,5	1,4
Type(s) de maladie(s) chronique(s)									
Diabète	15,8	9,1	22,5	2,2	1,3	3,9	2,2	1,3	3,9
Autre(s)‡	7,0	4,3	9,7	...	...	...	...	...	...

† ayant déclaré un diagnostic de diabète, de maladie cardiaque, d'hypertension et(ou) d'accident vasculaire cérébral
‡ catégorie de référence
... n'ayant pas lieu de figurer
Source : Enquête Entraves aux soins destinés aux personnes ayant des maladies chroniques, 2012

Facteurs associés à la difficulté à obtenir des soins primaires

Avoir moins de 65 ans et être diabétique étaient des facteurs significativement associés à la difficulté à obtenir des soins de santé primaires (tableau 3). Les personnes de moins de 65 ans étaient près de trois fois plus susceptibles que les personnes âgées de déclarer un obstacle (RTP 2,9; IC à 95 % : 1,7-5,0). Après avoir tenu compte de l'effet de l'âge, les personnes diabétiques étaient deux fois plus susceptibles de déclarer un obstacle à l'obtention de soins primaires que celles mentionnant n'importe laquelle des trois autres maladies étudiées (RTP 2,2; IC à 95 % : 1,3-3,9).

Besoins non satisfaits

Environ 5 % des participants à l'enquête ont déclaré avoir eu, en général, un besoin non satisfait de soins reliés à leur(s) maladie(s) chronique(s) au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête (tableau 4). Ce type de besoin non satisfait était plus fréquent chez les personnes présentant plusieurs maladies (7 %) et chez celles faisant du diabète (8 %). La moitié des personnes qui ont déclaré un besoin non satisfait ont indiqué qu'elles s'étaient adressées au cabinet d'un médecin pour essayer d'obtenir les soins.

Bien que les personnes ayant eu des besoins de soins non satisfaits aient invoqué une gamme de raisons personnelles pour ne pas avoir obtenu les soins (par exemple, trop occupée, responsabilités familiales), plus de 60 % d'entre elles ont mentionné un obstacle au niveau du système de santé (services non disponibles quand ils étaient nécessaires ou dans la région, ou long temps d'attente).

La plupart (61 %) des personnes qui ont déclaré un besoin non satisfait de soins estimaient que leur maladie chronique s'était empirée en raison de l'obtention tardive des soins. Étant donné le petit nombre de personnes qui ont déclaré un besoin non satisfait en général, il n'a pas été possible de déterminer les facteurs sociodémographiques ou au niveau du patient associés à ce résultat.

Discussion

Selon les résultats de l'enquête Entraves aux soins destinés aux personnes ayant des maladies chroniques, la majorité des adultes vivant dans l'ouest du Canada atteints d'au moins une maladie chronique avait eu besoin des services d'un médecin de premiers recours l'année qui a précédé l'enquête et n'avaient eu aucune difficulté à les obtenir. Néanmoins, environ une personne sur dix a fait état d'un obstacle. Les obstacles ont été mentionnés le plus fréquemment par les diabétiques et avaient tendance à être associés à la phase initiale d'obtention des soins ou la trop longue attente en vue de les obtenir. En outre, environ 5 % des participants à l'enquête ont déclaré un besoin non satisfait de soins en général, et plus de la moitié de ce groupe considérait que leur état s'était empiré en raison de ce besoin non satisfait.

La présente analyse complète des études antérieures basées sur des données d'enquête représentatives de

Tableau 4
Prévalence des besoins non satisfaits de soins pour maladies chroniques en général et obstacles à l'obtention de ces soins, selon le nombre et le type de maladies chroniques, population à domicile de 40 ans et plus[†], Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique, 2012

				Nombre de maladies chroniques						Type(s) de maladie(s) chronique(s)					
	Total			Une			Deux ou plus			Diabète			Autre		
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %	
	%	de	à	%	de	à	%	de	à	%	de	à	%	de	à
A eu besoin de soins pour une (des) maladie(s) chronique(s) au cours des 12 derniers mois mais ne les a pas obtenus	4,6[E]	2,6	6,6	3,3[E]	1,5	5,1	7,4[E]	2,4	12,3	8,1[E]	3,0	13,2	3,4[E]	1,5	5,3
Raison de ne pas avoir obtenu les soins[‡]															
Disponibilité	61,9[E]	39,2	84,6	61,4[E]	34,0	88,9	62,4[E]	24,2	100,0	79,3[E]	48,0	100,0	47,3[E]	18,4	76,2
Autre obstacle (accessibilité, acceptabilité, circonstances personnelles)	67,6[E]	46,8	88,4	51,7[E]	24,1	79,3	82,6[E]	55,2	100,0	71,4[E]	34,5	100,0	64,3[E]	39,2	89,5
Endroit où la personne a cherché à obtenir les soins[‡]															
Cabinet du médecin	49,5[E]	25,4	73,6	53,9[E]	25,8	82,0	F	...	...	F	...	...	74,5[E]	51,8	97,2
Autre établissement (hôpital, clinique de consultations externes, autre)	50,5[E]	26,4	74,6	46,1[E]	18,0	74,2	F	...	...	F	...	...	25,5[E]	2,8	48,2
A eu l'impression que la maladie chronique s'est empirée en raison du besoin de soins non satisfait[‡]	61,4[E]	36,1	86,7	F	...	...	F	...	...	69,9[E]	29,2	100,0	53,3[E]	21,7	85,0

[†] ayant déclaré un diagnostic de diabète, de maladie cardiaque, d'hypertension et(ou) d'accident vasculaire cérébral
[‡] participants à l'enquête ayant déclaré un besoin non satisfait de soins pour une maladie chronique
[E] à interpréter avec prudence
F trop peu fiable pour être publié
... n'ayant pas lieu de figurer
Nota : Comme les participants à l'enquête pouvaient mentionner plus d'une raison de ne pas avoir obtenu les soins de santé, la somme des pourcentages est supérieure à 100 %
Source : Enquête Entraves aux soins destinés aux personnes ayant des maladies chroniques, 2012

la population[15,17-21]. Selon les estimations passées, des proportions un peu plus élevées — de 12 % à 15 % — de Canadiens atteints de maladies chroniques avaient eu un besoin de soins de santé non satisfait l'année précédant l'étude[15,18,19,21,27,28]. Ces études ne faisaient toutefois pas la distinction entre le besoin de soins primaires et de soins d'un spécialiste, tandis que la présente analyse est axée sur les médecins de premiers recours.

Dans la présente étude, les obstacles mentionnés le plus fréquemment étaient liés à des facteurs au niveau du système, comme les temps d'attente ou la disponibilité des services. Il faut cependant noter que ces résultats ne concernent pas seulement les services des médecins de premiers recours, mais qu'ils se rapportent plutôt à tout élément ou service intervenant dans la prise en charge des maladies chroniques. Or, des études antérieures indiquent que les obstacles à l'obtention des services d'un spécialiste peuvent expliquer pourquoi les longs temps d'attente et les problèmes de disponibilité des services sont plus fréquents chez les groupes de patients atteints de maladies chroniques[27,29]. Malgré cela, la présente analyse révèle aussi les perceptions concernant les obstacles à l'obtention de soins auprès d'un médecin de premiers recours, surtout chez les personnes présentant plus d'une maladie chronique. Une étude publiée en 2010 laissait entendre que la prestation de soins de santé par de multiples fournisseurs à de multiples emplacements pourrait expliquer en partie pourquoi les obstacles liés à l'accès sont plus fréquemment mentionnés par les personnes atteintes de plus d'une maladie chronique[30].

Une faible proportion seulement d'adultes atteints de maladies chroniques ont mentionné un besoin non satisfait de soins de santé. Néanmoins, des études antérieures ont montré que les besoins de soins de santé non satisfaits reliés à la disponibilité des ressources sont associés à un risque accru d'hospitalisation toutes causes confondues et à des taux plus élevés de visites aux services d'urgence[15,18,31,32].

Limites

La présente étude doit être interprétée dans le contexte de ses limites. Premièrement, comme dans le cas de toutes les études fondées sur des données autodéclarées, des questions concernant la fiabilité et la validité des réponses peuvent se poser. Deuxièmement, la petite taille de l'échantillon a limité les possibilités de stratification des données en fonction des variables sociodémographiques, et les grands intervalles de confiance autour de certaines estimations rendent l'interprétation de ces dernières difficile. Troisièmement, il n'a pas été possible de mesurer l'incidence de l'offre locale de soins de santé (par exemple, le ratio entre le nombre de médecins de premiers recours et la population) sur les obstacles déclarés à l'obtention de soins primaires. Le fait que l'analyse soit restreinte à quatre maladies chroniques limite peut-être la capacité de généraliser les résultats. Les participants à l'enquête pourraient avoir eu d'autres maladies chroniques influant différemment sur les obstacles déclarés. Enfin, il se pourrait que les résultats soient teintés parles attentes différentes quant aux services que devrait offrir le système de soins de santé et par le type d'obstacles rencontrés. D'autres études seront nécessaires pour explorer comment les participants interprètent cette question de l'enquête et valider les résultats.

Mot de la fin

Les résultats de la présente analyse devraient permettre de générer d'autres hypothèses et de contribuer aux futures études. La majorité des personnes de 40 ans et plus présentant au moins une des quatre maladies chroniques choisies pour l'étude (diabète, maladie cardiaque, hypertension et accident vasculaire cérébral) ont déclaré qu'elles avaient eu besoin des services d'un médecin de premiers recours durant l'année qui a précédé l'enquête et n'avaient eu aucune difficulté à les obtenir. Une faible proportion d'entre elles ont mentionné des obstacles, notamment des difficultés à entrer en contact avec un médecin ou de trop longues attentes avant d'obtenir les soins. De futures études pourraient porter sur des interventions particulières en vue de remédier à ces obstacles, comme l'extension des heures de prestation de soins primaires et l'augmentation du nombre de cliniques ouvertes après les heures de travail, afin de voir si ces interventions sont associées à de meil-

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Selon des études antérieures, environ un Canadien adulte sur sept atteint d'une maladie chronique fait état d'un besoin non satisfait de soins de santé — un indicateur courant de l'accès inadéquat aux soins de santé ou d'une offre inadéquate de soins de santé.
- On possède peu d'information permettant de savoir si les obstacles à l'obtention des soins se rapportent spécifiquement à un besoin perçu de soins pour une maladie chronique et s'ils existent lors des démarches en vue d'avoir accès à des soins primaires.

Ce qu'apporte l'étude

- Environ 10 % des adultes atteints de diabète, d'une maladie cardiaque, d'hypertension et(ou) ayant fait un accident vasculaire cérébral ont déclaré avoir connu des obstacles à l'obtention de soins primaires, notamment des difficultés à prendre contact avec un médecin ou une trop longue attente.
- Ces obstacles étaient plus fréquents chez les diabétiques, dont 16 % ont dit avoir éprouvé des difficultés à obtenir des soins primaires, que chez les personnes atteintes d'autres maladies chroniques.
- Environ 5 % des personnes atteintes d'une maladie chronique ont mentionné un besoin non satisfait de soins reliés à cette maladie; plus de la moitié d'entre elles ont déclaré que leur état s'était empiré parce que le besoin n'avait pas été satisfait.

leurs résultats. En outre, certains travaux pourraient avoir pour objectif de déterminer si les résultats de la présente étude sont extrapolables aux personnes atteintes d'autres maladies chroniques fréquentes. Enfin, examiner la façon dont les patients qui perçoivent des obstacles à l'obtention de soins s'orientent dans le système de soins de santé aiderait aussi à mieux comprendre l'association entre les lacunes mentionnées en matière de soins et les résultats pour la santé. ■

Remerciements

L'Interdisciplinary Chronic Disease Collaboration (ICDC) est financée par le programme de subventions pour équipes interdisciplinaires de l'Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR), qui s'appelle maintenant Alberta Innovates – Health Solutions (AI-HS). La présente étude a été financée par une subvention pour équipes interdisciplinaires d'AI-HS octroyée à l'Interdisciplinary Chronic Disease Collaboration. Les travaux de Paul E. Ronksley sont financés par une bourse de recherche postdoctorale offerte par les Instituts de recherche en santé du Canada. Les travaux de David J.T. Campbell sont financés par une bourse de recherche clinique octroyée par AI-HS. Les travaux de Braden J. Manns et Brenda R. Hemmelgarn sont financés par une bourse salariale octroyée par AI-HS. Les travaux de Brenda R. Hemmelgarn sont également financés par la Roy and Vi Baay Chair in Kidney Research. Les travaux de G. Michael Allan sont financés par une subvention pour l'application des connaissances de l'Alberta College of Family Physicians. Les travaux de Marcello Tonelli sont financés par une chaire de recherche du Canada. Les commanditaires de l'étude n'ont joué aucun rôle dans sa conception, ni dans la collecte, l'analyse et l'interprétation des données et la rédaction du manuscrit. G. Michael Allan, Kerry A. McBrien, Marcello Tonelli, Braden J. Manns et Brenda R. Hemmelgarn ont eu l'appui d'un programme de diversification des modes de financement du gouvernement de l'Alberta et des Universités de l'Alberta et de Calgary.

Références

1. S. Ahmed, A. Gogovor, M. Kosseim *et al.*, « Advancing the chronic care road map: a contemporary overview », *Healthcare Quarterly*, 13(3), 2010, p. 72-79.
2. S. Dancer et M. Courtney, « Improving diabetes patient outcomes: framing research into the chronic care model », *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(11), 2010, p. 580-585.
3. R.M. Davis, E.H. Wagner et T. Groves, « Managing chronic disease », *British Medical Journal*, 318(7191), 1999, p. 1090-1091.
4. A.M. Broemeling, D.E. Watson et F. Prebtani, « Population patterns of chronic health conditions, co-morbidity and healthcare use in Canada: implications for policy and practice », *Healthcare Quarterly*, 11(3), 2008, p. 70-76.
5. Conseil canadien de la santé, *Schémas de population – Maladies chroniques au Canada, supplément de données à Importance du renouvellement des soins de santé : À l'écoute des Canadiens atteints de maladies chroniques*, Toronto (Ontario), Le Conseil, 2007.
6. Conseil canadien de la santé, *Importance du renouvellement des soins de santé : À l'écoute des Canadiens atteints de maladies chroniques*, Toronto (Ontario), Le Conseil, 2007.
7. D.S. Lee, M. Chiu, D.G. Manuel *et al.*, « Trends in risk factors for cardiovascular disease in Canada: temporal, socio-demographic and geographic factors », *Canadian Medical Association Journal*, 181(3-4), 2009, p. E55-E66.
8. M. Mirolla, *The Cost of Chronic Disease in Canada*, Ottawa (Ontario), The Chronic Disease Prevention Alliance of Canada, 2004.
9. Conseil canadien de la santé, *Aider les patients à gérer leur santé : Les Canadiens atteints de maladies chroniques obtiennent-ils le soutien nécessaire?*, Toronto (Ontario), Le Conseil, 2010.
10. S.B. Harris, M. Stewart, J.B. Brown *et al.*, « Type 2 diabetes in family practice. Room for improvement », *Canadian Family Physician*, 49, 2003, p. 778-785.
11. Institut canadien d'information sur la santé, *Disparités sur le plan de l'expérience en matière de soins de santé primaires vécue par les Canadiens présentant des conditions propices aux soins ambulatoires*, Ottawa (Ontario), Institut canadien d'information sur la santé, 2012.
12. F.H. Leenen, J. Dumais, N.H. McInnis *et al.*, « Results of the Ontario survey on the prevalence and control of hypertension », *Canadian Medical Association Journal*, 178(11), 2008, p. 1441-1449.
13. F.A. McAlister, K. Wilkins, M. Joffres *et al.*, « Changes in the rates of awareness, treatment and control of hypertension in Canada over the past two decades », *Canadian Medical Association Journal*, 183(9), 2011, p. 1007-1013.
14. G. Webster, P. Sullivan-Taylor et M. Terner, « Opportunities to improve diabetes prevention and care in Canada », *Healthcare Quarterly*, 14(1), 2011, p. 18-21.
15. S. Allin, M. Grignon et J. Le Grand, « Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications? », *Social Science and Medicine*, 70(3), 2010, p. 465-472.
16. W. Carr et S. Wolfe, « Unmet needs as socio-medical indicators », *International Journal of Health Services*, 6(3), 1976, p. 417-430.
17. J. Chen et F. Hou, « Soins de santé : besoins non satisfaits », *Rapports sur la santé*, 13(2), 2002, p. 27-40.
18. P.E. Ronksley, C. Sanmartin, H. Quan *et al.*, « Association between perceived unmet health care needs and risk of adverse health outcomes among patients with chronic medical conditions », *Open Medicine*, 7(1), 2013, p. e21-e30.
19. P.E. Ronksley, C. Sanmartin, H. Quan *et al.*, « Association between chronic conditions and perceived unmet health care needs », *Open Medicine*, 6(2), 2012, p. 48-58.
20. C. Sanmartin, C. Houle, S. Tremblay et J.-M. Berthelot, « Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 17-24.
21. L.M. Sibley et R.H. Glazier, « Many Canadians feel healthcare needs are not being met », *Healthcare Quarterly*, 13(3), 2010, p. 19-22.
22. Interdisciplinary Chronic Disease Collaboration, *Barriers to Care for Patients with Chronic Health Conditions (BCPCHC) Survey*, Calgary (Alberta), Interdisciplinary Chronic Disease Collaboration, 2012.

23. Interdisciplinary Chronic Disease Collaboration, « The research to health policy cycle: a tool for better management of chronic non-communicable diseases », *Journal of Nephrology*, 21(5), 2008, p. 621-631.

24. R.M. Andersen, « Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? », *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1995, p. 1-10.

25. M. Shields, S. Connor Gorber, I. Janssen et M.S. Tremblay, « Biais dans les estimations autodéclarées de l'obésité dans les enquêtes canadiennes sur la santé : le point sur les équations de correction applicables aux adultes », *Rapports sur la santé*, 22(3), 2011, p. 39-50.

26. Statistique Canada, *Indicateurs fondés sur les enquêtes de Statistique Canada*, Ottawa (Ontario), Statistique Canada.

27. N.M. Kasman et E.M. Badley, « Beyond access: who reports that health care is not being received when needed in a publicly-funded health care system? », *Canadian Journal of Public Health*, 95(4), 2004, p. 304-308.

28. L.M. Sibley et R.H. Glazier, « Reasons for self-reported unmet healthcare needs in Canada: a population-based provincial comparison », *Healthcare Policy*, 5(1), 2009, p. 87-101.

29. C. Schoen, S.K. How, M.M. Doty et J. Peugh, « In chronic condition: Experiences of patients with complex health care needs, in eight countries », *Health Affairs (Millwood)*, 28(1), 2009, p. w1-w16.

30. E. Ravenscroft, « Navigating the health care system: insights from consumers with multi-morbidity », *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 2, 2010, p. 215-224.

31. J. McCusker, D. Roberge, J.F. Levesque *et al.*, « Emergency department visits and primary care among adults with chronic conditions », *Medical Care*, 48(11), 2010, p. 972-980.

32. S. Zuckerman, Y.C. Shen, « Characteristics of occasional and frequent emergency department users: do insurance coverage and access to care matter? », *Medical Care*, 42(2), 2004, p. 176-182.